THESIS

Zielewsky, Theophil
Greifswald
1872

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154010_0029

Wielmożnemu Panu Hrabiemu
Mielżyńskiemu
Wmu Panu i Dobrodziejowi
w dowód wdzięczności
ofiaruje

Autor.

Lane Medical Library

BEITRAG
ZUR CASUISTIK DER
HERNIOTOMIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWUERDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE

WELCHE

NEBST BEIGEFUEGTEN THESEN

MIT

ZUSTIMMUNG DER HOCHLOEBLICHEN MEDICINISCHEN FACULTAET

DER

UNIVERSITAET GREIFSWALD

AM 14. AUGUST 1872

OEFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

THEOPHIL ZIELEWSKI

AUS DEM GROSSHERZOGTHUM POSEN.

OPPONENTEN:

S. BAKALARSKI, STUD. MED.

A. BISKUPSKI, STUD. MED.

E. WEITHE, DRD. MED.

GREIFSWALD,

DRUCK VON FR. HACHE.

DEM

HOCHVEREHRTEN VEREIN

NAUKOWA POMOC

IMIENIA

KARÓLA MARCINKOWSKIEGO

ALS

GERINGES ZEICHEN

DER

DANKBARKEIT UND HOCHACHTUNG

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

In die Zeit, wo die medicinische Wissenschaft, befreit von den Banden, die ihr, sei es die bis an Fanatismus grenzende Pietät, sei es der Aberglaube des Mittelalters auferlegte, zur Geltung einer wahren und freien Wissenschaft gelangte, ist auch ihr Umschwung zu verlegen. Während man früher gar keine oder nur sehr mangelhafte und aller positiven Grundlage entbehrende Kenntnisse über die anatomischen Verhältnisse, über die physiologischen und pathologischen Vorgänge im Körper besass, hat man seit dem 16. Jahrhundert das medicinische Wissen immer mehr erweitert und vervollkommnet. Wir dürfen uns daher nicht wundern, wenn wir vor dieser Zeit keine oder nur mangelhafte Notizen antreffen, welche die chirurgische Therapie hätten mit Erfolg fördern können. —

Ein gleiches Schicksal theilten auch die Hernien. Die älteste Abhandlung darüber datirt aus dem 16. Jahrhundert von Franco, der 1556 eine Brochüre betitelt: „Traité des hernies“ herausgab. Hierauf sind beinahe zwei Hundert Jahre verflossen, ohne dass über diesen Punkt Etwas abgefasst worden wäre. Günz war es, der in Leipzig 1744 sein Büchlein: „Observa-

tionum anatomico-chirurgicarum de herniis libellus“ in die Welt sandte. Von nun ab gab es keine grössere Zeitintervalle, wo nicht die Forscher hin und wieder dieser häufigen Erkrankung ihr Augenmerk zugewandt hätten. Unter denen sind besonders Männer zu nennen, wie Arnaud, Vogel, Littre, Pott, Malgaigne, Turnbull, Richter, Scarpa, Cooper u. A., die durch Kultivirung dieses Zweiges sich besondere Verdienste erworben haben.

Wiewohl es nicht meine Aufgabe ist, eine Schilderung der Entstehungsweise, der Mannigfaltigkeit und der Therapie der Hernien im Speciellen zu geben, so kann ich doch nicht umhin, im Hinblick auf die zwei zu beschreibenden Fälle, dies und jenes, sei es kürzer, sei es eingehender zu berühren. Das Wesen einer Hernie besteht darin, dass irgend ein Baucheingeweide durch eine präformirte oder abnorm entstandene Oeffnung heraustritt, und das Bauchfell vor sich hervorstülpt. Zur Bildung einer Hernie gehören mehrere Factoren: 1) der Bruchinhalt, 2) der Bruchsack, 3) die Bruchpforte und 4) zählt noch Linhart als zum Wesen der Hernie gehörig die acessorischen Hüllen oder Bedeckungen des Bauches.

Der Bruchinhalt kann je nach dem eingelagerten Organ sehr verschieden sein und bietet mit Ausnahme der diagnostischen Zwecke weiter kein besonderes Interesse. Viel anders verhält es sich mit der nächsten Umgebung desselben in dem Bruchsack. Abgesehen davon, dass einige Forscher diesen als ein nothwendiges Attribut einer Hernie ansehen und diess

was aus der Bauchhöhle ohne Bruchsack heraustritt, amatomisch einen Vorfall nennen, so wollen wir doch erwähnen, dass in der Litteratur ein Fall von Demeaux verzeichnet ist, der Linhart ganz glaubwürdig erscheint*), welcher anatomisch untersucht und die Bruchsacklosigkeit des Coecum konstatirt wurde. Jetzt haben wir hauptsächlich der Formvarietäten zu gedenken, unter denen sich uns das Netz im Bruchsack präsentirt. Dasselbe wird 1) durch die Eingeweide hervorgetrieben und bedeckt dieselben, wie in der Bauchhöhle; 2) es erscheint uns als ein dicker, cylindrischer oder kolbenförmiger Zapfen, der fettreich und durch Hyterprophirung des Fasergerüstes getrübt und hart erscheint, in welchem Fall es gewöhnlich alleiniger Inhalt des Bruchsacks ist; 3) es erscheint im Bruchsack als dünner fettloser Strang. Der Bruchsack zeigt bei Weitem die meisten Verschiedenheiten von allen Bestandtheilen der Hernie. Er kann an einer oder mehreren Stellen eingeschnürt sein und hat dann die Form einer Sanduhr oder eines Rosenkranzes; weiter können Cysten darin vorkommen, sie können manchmal verwachsen und darüber sich neue Bruchsäcke bilden; es können auch oft mehrere Bruchsäcke neben einander liegen, die mit einer gemeinschaftlichen Oeffnung in die Peritonealhöhle einmünden und schliesslich kommen auch ineinander geschobene Bruchsäcke, so dass der innere nach aussen und innen eine seröse Fläche besitzt. Abgesehen von den Fällen,

---

*) Linharts Vorlesungen über Unterleibsbrüche.

LANE MEDICAL LIBRARY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF. 94304

wo der Sack, den Linhart Fascia propria herniae nennt, und der durch Dehnung und gleichzeitige Verdichtung des umgebenden Bindegewebes entsteht, haben wir ferner die sog. eingesackte Hernie. Diese besteht darin, dass das oben verwachsene Peritoneum in die Höhe des offen gebliebenen übrigen Theiles hineingezogen wird. Man eröffnet somit zwei seröse Höhlen bei der Operation. Diese Höhle wurde zuerst von Travers beobachtet.

Was die Entstehungsweise der Brüche anbetrifft, so ist die früher festgehaltene Drucktheorie völlig unhaltbar. Linhart sagt:*) „Kein Druck, kein Schlag kann einen Bruch erzeugen, sondern es müssen schon Brüche in einer gewissen Grösse vorhanden gewesen sein, wenn sie auf diese Weise zum Vorschein kommen.“ Weiter sagt er: „Alle jene Brüche, die durch plötzliche Contractionen des Bauches (z. B. beim Schreien, Reiten, Fall u. dergl.) entstanden sind, haben vorgebildete Bruchsäcke gehabt“. Somit ist es eine selbstständige, anomale Thätigkeit am Peritoneum und dessen Umgebung, wodurch die Bruchsackbildung angebahnt wird, und hierfür sprechen nicht nur Thatsachen, sondern auch physikalische Vorgänge.

Was die Frequenz der Brüche anbetrifft, so finden wir, dass diese zu den häufigsten Erkrankungen gehören. Man hat vielfach versucht dieselben statistisch durch Zahlen auszudrücken, und wiewohl ganz zuver-

---

*) Linhart's Vorlesungen über Unterleibsbrüche. Pag. 108.

lässige Männer, wie Arnand, Malgaigne, Turnbull und Moro sich mit der Sache beschäftigten, das Alter, Geschlecht, Beschäftigung, nationale Verhältnisse berücksichtigten, so hat man jedoch bis dahin noch nicht soweit gelangen können, um aus den genannten Resultaten ein endgültiges und massgebendes Urtheil über ihr relatives Vorkommen fällen zu können. So viel steht fest, dass die Häufigkeit des Vorkommens der Brüche wie 1:8 und 1:15 sich verhält.

Um auf den doppelten Bruchsack zu rekurriren erwähnen wir mit Emmert folgendes: Es kommt vor, dass der Bruchinhalt in mehreren Säcken eingeschlossen ist, die durch Flüssigkeit von einander getrennt sind. Nach Emmert*) entsteht ein doppelter Bruchsack: 1) wenn ein älterer durch ein Bruchband leer gehaltener Bruchsack im Bruchsackhalse verwächst, später wieder ein Eingeweide in die Bruchsackpforte dringt und die hier befindliche obturirende Pseudomembran zu einem Sacke ausdehnt, welcher nun in den früheren Sack hineinragt, 2) wenn die äusseren lockeren Bindegewebsschichten eines Bruchsacks durch seröse oder blutige Infiltration von einander getrennt und dadurch gleichsam in mehrere Membranen geschieden wurden, 3) wenn bei Inguinalbrüchen ein Bruchsack in den Processus vaginalis peritonei eingestülpt wird, der innerhalb der Bruchpforte verschlossen, weiter unten aber offen geblieben war, 4) wenn der Blinddarm in den offen gebliebenen Processus vaginalis pe-

*) Lehrbuch des spec. Chirurgie, Emmert, Pag. 293.

ritonei herabtritt, und das Bauchfell nachzieht, welchen Zustand Hey hernia infantilis nennt. Dr. Zeissl*) gibt für die Entstehung des doppelten Bruchsacks folgende Erklärung: „Im Bruchsackhalse des vorliegenden leeren Bruchsackes bildet sich höchst wahrscheinlich ein Exsudat und wird organisirt, welches wieder von dem wieder vortretenden Bruche nunmehr zu einer Membran ausgedehnt wird. Indessen war auch den früheren Forschern das Vorkommen eines doppelten Bruchsackes nicht fremd. So sagt Dieffenbach: „Die Entstehung zweier wirklichen Bruchsäcke, von denen einer mit seinem Darm- und Netzinhalt in dem andern steckt, ist nur auf folgende Weise möglich: wenn ein jugendliches Individuum durch das lange Tragen eines Bruchbandes in Folge der Verwachsung des Bruchsackhalses geheilt ist, so bildet der ausserhalb der Bauchhöhle liegende Sack eine vollkommen geschlossene Höhle, deren Wandungen entweder aneinander liegen oder locker zusammenkleben, oder, — wovon Dieffenbach ein Beispiel beobachtet haben will — die Oberfläche des Sackes exhalirt eine wässrige Flüssigkeit und es entsteht ein Hydrops „sacci herniosi.“ Emmert sagt: „Eine doppelte Umhüllung von Seiten des Bauchfells kann entstehen durch Einstülpung eines schon bestehenden Bruchsacks, oder des offen gebliebenen Processus vaginalis, wenn diese Säcke in ihrem obern Theile obliterirt, unten aber offen geblieben sind und die obliterirte Stelle nun durch das Eingeweide

---

**) Archiv für klinische Chirurgie. Berlin 1864. Bd. VI.

in den offenen Bruchsack eingestülpt wird.“ Nicht minder erhellt auch aus den Worten Dieffenbach's, der da sagt: „Eine Einklemmung dieser seltenen Bruchart ist um so leichter, als die Bruchpforte durch die beiden Bruchsäcke verengert ist“, dass er den neuen Bruchsack in dem alten sich liegend dachte. Dies ist jedoch nicht recht denkbar, denn in diesem Falle müsste eigentlich, indem sich das Peritoneum noch einmal umschlägt, ein dreifacher Bruchsack entstehen.

Die Diagnose ist in den allermeisten Fällen leicht: die Anamnese, aus der wir das langsame Entstehen der Geschwulst erfahren, weiter die Localität, die Consistenz, das deutlichere Hervortreten der Geschwulst bei heftiger Exspiration, überhaupt kräftige Arbeit der Bauchpresse wird uns über das Wesen des Tumors belehren. Bei den incarcerirten Hernien können wir jedoch auf mancherlei Schwierigkeiten stossen und die falsch gestellte Diagnose könnte uns in diesem Falle bestimmen ein verfehltes therapeutisches Verfahren einzuleiten. Daher ist in dieser Hinsicht die grösste Vorsicht nöthig; Schmerz, Schluchzen, Brechen, Stuhlverstopfung und Auftreibung des Unterleibes sind zwar sehr werthvolle Anhaltspunkte zur Diagnose einer Hernie, aber sie sind nicht in jedem Falle haltbar und maassgebend. Somit darf uns nicht jeder Schmerz in der Schenkelbeuge auf eine incarcerirte Hernie schliessen lassen. Grossen Operateuren, unter andern auch Linhart, erging es so, wie er dies selbst erwähnt, der eine Frau mit allen Erscheinungen der Incarceration operirte und — eine grosse Bruchpforte, ein vor-

gelagertes irreponibles Cocum und eine Perforation des processus vermiformis vorfand.

Nun hätten wir noch der Therapie der Hernien zu gedenken. Die freien Brüche werden wir nicht auf operativem Wege beseitigen, sondern mittelst Bruchbänder palliativ zu behandeln suchen. Früher beschäftigte man sich vielfach damit, eine radicale Heilung der Brüche zu erzielen; weil aber die erzielten Erfolge die damit verknüpften Gefahren nicht haben aufwiegen können, so ist man in neuerer Zeit immer mehr von dem Gedanken zurückgetreten. Die radicale Cur besteht in der Obliteration des Bruchsacks, was jetzt eine konstatirte anatomische, aber wie schon gesagt, seltene Thatsache ist. Cloquet ist es gewesen, der da zuerst behauptete, dass auch erworbene Bruchsäcke in derselben Weise, wie der congenitale Scheidenkanal sich zurückbilden können. Linhart fand unter vielen Hunderten von Leichen nur zwei mit obliterirten Bruchsäcken. Um diesen Erkrankungszustand zu beseitigen wandte man Aetzmittel, ferrum candens (Klein in Wien) an, ja sogar man stieg selbst zur Castration der Patienten. Gerdy wollte die Bruchpforte durch Invagination zum Verschluss bringen. Indessen sind die Radicaloperationen entweder ganz nutzlos, oder höchst gefährlich; man muss also Linhart beistimmen, wenn er die Jodinjection und das Nähen des Bruchsacks als das einzig rationelle und meistens zu empfehlende Verfahren, das aber auch nicht ungefährlich ist, zum Zweck der Radicaloperation angiebt. Bei irreponiblen Hernien sollen nach den

Erfahrungen dieses Forschers Cataplasmen combinirt mit Einreibungen von ungt. hydr. ciner. sehr zweckmässig sein.

Den irreponiblen Hernien nähern sich in ihrem Wesen die incarcerirten. Hier gilt es schnell operativ eingreifen, falls wir den Patienten nicht dem sichern Tode preisgeben wollen. Die Therapie hat hier das räumliche Missverhältniss zwischen der Bruchpforte und dem Bruchinhalte zu beseitigen; dies wird entweder durch die Taxis, die in der Narcose vorzunehmen ist, oder, falls dies nicht gelingt, auf blutigem Wege durch Operation bewerkstelligt. Weise und befolgenswerth ist der Ausspruch Bardelebens,*) der in Hinsicht auf den Zeitpunkt der Operation Folgendes sagt: „Ist die Einklemmung frisch, und hat eine anderweitige Behandlung noch nicht stattgefunden, so versuche man die Taxis und zwar mit einer gewissen Beharrlichkeit. Gelingt die Reduction auf diese Weise nicht, so versuche man die Taxis noch einmal während der Chloroformnarcose; gelingt sie auch in dieser nicht, so ist es am besten sogleich während der Narcose die Operation auszuführen.“ Franco und Paré sind es gewesen, die die Operation ins Leben riefen; Franco gebührt die Ehre diese wahrhaft grosse Wohlthat erfunden zu haben, während Paré dieselbe in die Praxis einführte. Die Art und Weise, wie wir zur einklemmenden Stelle gelangen, lässt sich folgendermaassen zusammenfassen:

---

*) Specielle Chirurgie. Bardeleben Bd. III. Pag. 798.

1) Wir legen den Bruchsack blos und erweitern die einklemmende Stelle ausserhalb derselben; diese Methode stammt von Petit und fand in neuerer Zeit in A. Cooper, Aston und Key die innigsten Anhänger; 2) wir legen den Bruchsack blos, eröffnen denselben und erweitern unblutig die Incarcerationsstellle; diese Methode empfahlen besonders Arnaud, Leblanc und Thévenin; 3) nach Blosslegung und Eröffnung des Bruchsackes trennen wir die incarcerirende Stelle von der Bruchsackhöhle aus mit einem Messer und schieben nachher den Bruch zurück. Bei der Ausführung der Operation ist die grösste Vorsicht nebst einer genauen anatomischen Kenntniss und Gewandtheit im Erkennen der einzelnen Theile ein unerlässliches Postulat. Sind wir Schicht für Schicht präparatorischer Weise bis an die Bruchpforte gelangt, so werden die einklemmenden Fasern getrennt, was man am besten in der Weise zu Stande bringt, dass man mit dem von Pott angegebenen und von A. Cooper modificirten Herniotom, statt eines Einschnites, mehrere kleine Einkerbungen macht. (Débridement multiple von Vidal.)

Haben wir uns jetzt genügend über den Bruchinhalt und dessen Beschaffenheit orientirt, finden denselben so beschaffen, dass seine restitutio ad integrum nicht nur wahrscheinlich, sondern sicher zu erwarten ist, dann geben wir dem Patienten eine für die Erschlaffung der Bauchmuskeln günstige Lage und reponiren. Sind keine aussergewöhnlichen Verhältnisse, wie z. B. Adhäsionen vorhanden, so geschieht die Reposi-

tion leicht. Die Naht ist nach Bardeleben, trotzdem, dass sie vielfach zu verschiedenen Zeiten angewandt wurde, wegen der Gefahr der Senkungsabcesse nicht zu empfehlen. Im Allgemeinen ist das Bedecken der Wunde mit Charpie, was auch vom Herrn Prof. Hüter geübt wird, und sofern sie eine unregelmässige Höhle darstellt, zu empfehlen. Darauf wird eine Compresse gelegt und der Verband mittelst Binden befestigt. Der Kranke muss sich wenigstens in den ersten vierzehn Tagen absolut ruhig verhalten. Ist die Operation ziemlich früh ausgeführt worden — es wird niemals zu früh, in den meisten Fällen aber zu spät operirt, — so lässst sich auch eine günstige Prognose stellen. Die Sterblichkeit bei Bruchoperirten beträgt nach statistischen Angaben 12 —15%.

Mitunter können jedoch Complicationen eine unangenehme Wendung der ganzen Operation geben. So können Achsendrehungen des Darms bestehen, was ein wesentliches Hinderniss für die Reposition darbieten kann. Ferner sind es Adhäsionen, sei es unter den Darmschlingen selbst, sei es zwischen diesen und dem Bruchsack, die noch wohl zu berücksichtigen sind; hat man in dem Fall die Reposition gemacht, so kann das Darmrohr in Folge von Adhäsionen undurchgängig sein und der exitus letalis unter Einklemmungserscheinungen erfolgen. Einen solchen Fall hat 1855 Ullrich in der Zeitschrift der Wiener Aerzte veröffentlicht. Auch Neubildungen können bei der Operation störend einwirken. So erwähnt Dr. C. Uterhart*) Assistenz-

*) Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Rostock. Berlin 1869.

arzt der chirurgischen Klinik zu Rostock, dass bei der Operation einer Epiplocule Herr Prof. Hüter nach der Spaltung der Haut unter dem mässig entwickelten subcutanen Gewebe einen kugligen Tumor vorfand, der sich nach Durchschneidung des Ueberzuges als Lipom erwiesen hatte. Im Bruchsack fand sich ein durch Wucherung von Bindegewebe und Ansammlung von Fett entartetes Netzstück, das hervorgezogen und der Stiel desselben mit einer Ligatur fest umschnürt und darunter abgeschnitten wurde. Nun wurde das den Bruchsack umgebende Lipom abgelöst und entfernt.

Die starke Ueberfüllung der Bauchhöhle liefert auch ein wesentliches Repositionshinderniss, das jedoch bei richtig gewähltem therapeutischen Verfahren sich ohne Schwierigkeit beseitigen lässt. Einen solchen Fall erwähnt uns Bardeleben*), wo Petit bei einem fettleibigen 30jährigen Manne eine grosse Hernie operirte. Wiewohl die Bruchpforte ziemlich erweitert wurde und der Darm weder geschwollen noch aufgetrieben war, gelang doch die Reposition nicht. Man machte Cataplasmen, setzte den Patienten auf schmale Diät, nahm auch Blutentziehungen vor, wodurch der Fettgehalt des Netzes sich minderte. Das Darmstück ging allmählig zurück und nach zwei Monaten war die Heilung vollendet.

Somit giebt es verschiedene Varietäten in der Anordnung der Brüche und der alte Satz: „Keine Hernie ist der andern gleich“ hat Etwas für sich.

---

*) Bardeleben's specielle Chirurgie. III. Band.

I. Fall.

Epiplocele accreta sinistra. Incarceration des Dickdarms. Herniotomie am 22. Februar 1872. Heilung und Entlassung am 5. April 1872.

Karl Fisch, ein 23jähriger Matrose, kam am 21. Februar dieses Jahres in die Klinik mit der Behauptung, dass er seit 5 Tagen an Verstopfung leide, dass er damals beim Tanzen plötzlich einen starken Schmerz in der linken Leistengend gefühlt habe. Früher will der Patient niemals krank gewesen sein und nur von Zeit zu Zeit an Kolik gelitten haben. Die Untersuchung ergab eine linksseitige Hydrocele, darüber eine Geschwulst von teigiger Consistenz, die in der Richtung des Leistenkanals nach oben sich erstreckte. Repositionsversuche waren vielfach während der fünftägigen Krankheitsdauer, wenn auch ohne Narcose, gemacht worden, blieben aber, wie die angewandten Abführmittel, wirkungslos.

Nach der Aufnahme des Patienten versuchte Herr Prof. Hüter noch einmal die Reposition in der Narcose, aber auch diesmal ohne Erfolg. Da jedoch die Allgemeinerscheinungen nicht bedrohlich waren und ein Zuwarten durchaus dem Patienten keine Lebensgefahr bringen konnte, so wurde mit der Herniotomie bis zum nächsten Tage gewartet und dieselbe während der klinischen Stunden am 23. Februar ausgeführt. Der Verlauf der Operation erschien darum von so grösserem Interesse, als in dem eröffneten Bruchsack neben einer grössern Partie des Colon transversum fast

das ganze Netz vorgefallen war. Während die Farbe des Darmes nur wenig verändert sich zeigte, erschien das Netz theils durch strangförmige, theils durch breitere Adhäsionen mit der Wand des Bruchsackes verwachsen. Es erschien gerathen den Dram einfach zu reponiren, dagegen das omentum an den Stellen, wo es verwachsen war, doppelt zu unterbinden, abzuschneiden und die Omentumstümpfe in der erweiterten Bruchpforte liegen zu lassen. Schon am Nachmittag des Operationstages erfolgten zwei dünne Stuhlgänge. Das Befinden der Patienten war ein recht befriedigendes. In den nächsten vierzehn Tagen entwickelte sich allmählig von der Bruchpforte ausgehend eine circumscripte Peritonitis in der regio hypogastrica, die jedoch unter energischer Einreibung von ungt. hydr. ciner. glücklich zurückging. Die Eiterung im Leistenkanal und Bruchsack nahm in der Lösung der unterbundenen Netzpartien immer mehr ab, während der in die Bruchpforte hineingeschobene Netzklumpen dieselbe in Form eines üppig granulirenden Pfropfes obturirte. In der dritten Woche erhob sich das Fieber noch einmal zu einer bedeutenden Höhe im Zusammenhang mit einer Eitersenkung, die sich nach dem Fundus des Bruchsackes hin gebildet hatte. Eine hier entsprechend angelegte Gegenöffnuug liess die Temperatur bis zur normalen sinken und die Heilung der Operationswunde ging seitdem ohne weitere Störungen rasch vor sich, so dass bereits am 5. April der Patient geheilt in seine Heimath entlassen werden konnte.

II. Fall.

Hernia cruralis dextra mit doppeltem Bruchsacke. Operation am 13. Mai 1872. Tod am 2. Juni 1872.

Christiane Dummroth, 48 Jahre alt, aus Klein-Zidker. Patientin ist ein kräftig gebautes, aber schlecht genährtes Individuum, mit sehr leidendem Gesichtsausdruck, Cyanose der Lippen, kalten Extremitäten. Sie hat bereits mehrfach geboren und litt seit mehreren Jahren an einer rechtseitigen Cruralhernie; doch hatte sie niemals ein Bruchband getragen. Acht Tage vor ihrer Aufnahme bekam sie plötzlich starke Schmerzen im Leibe mit Auftreibnng der Därme, und Erbrechen. Von dem hinzugerufenen Arzt wurde konstatirt, dass es sich um eine Einklemmung des bereits vorhandenen Cruralbruchs handelte. Es wurden, da Repositionsversuche sich fruchtlos erwiesen haben, Umschläge auf die Bruchgegend verordnet. Am 13. Mai d. J., nachdem zwei Tage vorher sich Kothbrechen eingestellt hatte, wurde Patientin in die hiesige Klinik gebracht, und sofort die Herniotomie ausgeführt. Die Haut über der wallnussgrossen, etwas länglichen, unterhalb des Poupart'schen Bandes hervortretenden Geschwulst wurde der Länge nach zwischen zwei Pincetten gespalten, wobei es sich herausstellte, dass ein falscher Bruchsack um den eigentlichen saccus herniosus entstanden war, das zwischen der Peritonealausstülpung und der sog. fascia propria Cooperi, den zu einer Membran von dem herabdrängenden Bruch comprimtrten Bindegewebsschichten sich eine seröse Flüssigkeit angesammelt hatte. Nach Entleerung die-

ser Flüssigkeit präsentirte sich erst der eigentliche Bruchsack, nach dessen Incision eine geringe Menge von missfarbigem Bruchwasser abfloss und nun die eingeklemmte, stahlblau verfärbte Darmschlinge sich zeigte. Es gelang ohne Mühe nach Erweiterung der Bruchpforte den eingeklemmt gewesenen Darm in die Bauchhöhle zu reponiren. Anfänglich schien der Verlauf der Wundheilung sich günstig zu gestalten; doch war es von unangenehmer Vorbedeutung, dass ein grosser Theil des Bruchsacks gangraenös wurde, bis am siebenten Tage nach der Operation unter Frost- und Fiebersteigerung eine erysipelatöse Röthe um die Wunde herum entstand, und von da aus in den nächsten Tagen sich sehr rasch auf das rechte labium majus, die Schamgegend und auf die beiden untern Extremitäten ausdehnte. Das Erysipel führte an der grossen Schamlippe zu einer gangraenösen Zerstörung der Haut, während die Secretion der Wunde einen foetiden Charakter annahm, das Abdomen sehr stark aufgetrieben wurde und die Patientin neben heftigen Schmerzen im Leibe fast ununterbrochen dünnbreiige, fasst wässerige faeces willenslos ins Bett entleerte. Die Anwendung aller möglichen allgemeinen antifebrilen, so wie localer amtiseptischer Mittel hatte nur vorübergehenden Erfolg. Zwar kam endlich das Erysipel zum Stehen, auch die Hautdiphtheritis an den grossen Schamlefzen begrenzte sich; zwar nahm die Auftreibung des Abdomens ab und die Eiterung der Operationswunde wurde copiöser, wobei zahlreiche Bindegewebsfetzen aus der Tiefe sich entleerten; zwar

begann das in den letzten Tagen getrübte Sensorium freier zu werden, dennoch trat am 2. Juni nach raschem Collapsus der Tod ein, nachdem kurz vorher in beiden Knieen und beiden Handgelenken heftige Schmerzen, starke Schwellung, Temperaturerhöhung und Fluctuation sich eingestellt hatten. Hand in Hand mit dieser Polyarthritis purulenta war in der letzten Zeit das Fieber zu den höhern Staffeln der Temperatur hinaufgeschnellt. Die Section wurde von den Angehörigen verweigert.

Aus den gegebenen Erscheinungen konnte man jedoch auf die Destructionen schliessen, aus denen der letale Ausgang recht wohl zu erklären ist. Die Patientin suchte zu spät Hülfe, das Leiden war bereits zu weit vorgerückt, die Operation zu spät ausgeführt worden. Bei der Operation wurde schou ein missfarbibiges Bruchwasser entleert und es wurde ein Theil des Bruchsacks gangränös, der später in Fetzen sich ablöste, die einen unangenehmen, fötiden Geruch verbreiteten. Unter solcherlei Umständen wirkte dieser Zustand entzündungserregend auf die nächste Umgebung ein, so dass wir nicht nur mit grosser Wahrscheinlichkeit, sondern sogar mit Gewissheit tiefgreifende Phlegmonen im kleinen Becken annehmen müssen, aus denen man sich den Collapsus der Kräfte und die Entwickelung der Pneumonie bei der Patientin erklären kann.

Lebenslauf.

Theophil Zielewski, geb. den 24. März 1848 zu Jaskólki, Provinz Posen, Sohn des Lehrers Johann Zielewski und Laurentia, geb. Chylewska, katholischer Confession, genoss den ersten Schulunterricht im elterlichen Hause. Zu Michaelis 1859 wurde er Schüler des Gymnasiums zu Ostrowo, wo er 1868 zu Michaelis unter dem Directorate des Herrn Professor Tschackert mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Hierauf bezog er die Universität Greifswald, um Medicin zu studiren, und wurde unter dem Rectorate des Herrn Prof. George immatrikulirt und unter dem damaligen Dekan Herrn Prof. Grohe in das Album der medicinischen Facultät eingetragen. Derselbe wurde aber in seinen Studien durch den deutsch-französischen Krieg unterbrochen, in welchem er vom 1. August 1870 bis zum 2. März 1871 in vier Kriegslazarethen in Baden und Frankreich Sanitätsdienste leistete. Nach Greifswald zurückgekehrt, bestand derselbe im Sommersemester 1871 das tentamen physicum und am 2. August 1872 das examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hat er bei folgenden Herren Vorlesungen gehört resp. in deren Kliniken prakticirt:

Arndt, Bengelsdorff, Budge, Eichstedt, v. Feilitzsch, Grohe, Hüter, Haeckermann, Jessen, Krabler, Landois, Laurer, Limpricht, Mosler, Münter, Pernice, Schirmer, Schwanert, Vogt.

Allen diesen seinen hochgeehrten Herren Lehrern fühlt sich Verfasser zum tiefsten Dank verpflichtet.

THESEN.

I.

Blosslegung des Bruchsacks, Eröffnung desselben und Durchtrennung der einschnürenden Stelle von der Bruchsackhöhle aus, ist bei der Herniotomie allen andern Methoden vorzuziehen.

II.

Der Aderlass bei der Pneumonie ist nur bei kräftigen, vollsäftigen Individuen indicirt.

III.

Der Blutabgang ist eins der sichersten Kriterien zur Diagnose der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft.

LANE MEDICAL LIBRARY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF. 94304